Rok XXXIII. Kraków 14. Kwietnia 1894 r. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuje: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres.

Przedpłatę
przyjmuja:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. O fizyologii odruchów.

Wykład habilitacyjny

Dra ADOLFA BECKA.

Panowie! Badania ostatnich czasów wykazały, że w ustroju ludzkim i zwierzęcym każdy stan czynny, czy to ruch mięśni, czy też wydzielina gruczołów, powstaje nie inaczej, jak tylko pod wpływem podniet. Wszelkie czynności dynamiczne ustroju a więc nawet te, które dotąd uważano za automatyczne, powstające samodzielnie, jak n. p. ruchy serca lub oddychania, obecnie musimy uważać za następstwo podniety lub całego szeregu podniet, działających bądź wprost na narząd, który czynność tę wykonywa, bądź też na odleglejsze części ustroju. Co więcej i czynności psychiczne, świadome są bezwątpienia wynikiem działania pewnych podniet, które, rzecz naturalna, nie zawsze jesteśmy w stanie wykazać.

Jak Panom wiadomo, już ustroje najniższe, jednokomórkowe zdolne są, przynajmniej do pewnego stopnia, przyjmować wrażenia świata zewnętrznego i odpowiadać na nie pewnego rodzaju ruchami; zdolność tę posiada komórka w całości. W ustrojach wyższych, gdzie dla wszelkich czynności istnieją osobne, wyspecyalizowane narządy, znajdujemy i dla tej kategoryi czynności, t. j. dla przyjmowania wrażeń i wykonywania czynności dynamicznych, również tkanki wyspecyalizowane: osobne dla odczuwania podniet działających na ustrój a osobne dla odpowiadania na nie pewnymi ruchami.

Tym, że się tak wyrażę, pośrednikiem między światem zewnętrznym a organizmem zwierzęcym jest u k ł a d n e r w o w y. Do odbierania wrażeń przystosowane są tylko zakończenia obwodowe w nerwach czuciowych umieszczone w pewnych okolicach ciała, niektóre z nich w osobnych narządach, zwanych zmysłami. Zakończenia nerwowe połączone są za pomocą włókien nerwowych z ośrodkami rdzenia i mózgu, które posiadają zdolność odczuwania odebranych wrażeń. Stan czynny tych ośrodków może, jeżeli jest dość mocny, udzielić się w dalszym ciągu ośrodkom innej kategoryi, również zajdującym się w mózgu i rdzeniu, zkąd następnie przenosząc się po nerwie odśrodkowym do mięśni lub gruczołów, wyraża się na zewnątrz czynnością dynamiczną tych narządów.

Stan czynny zatem powstały w nerwach dośrodkowych pod wpływem bodźca zewnętrznego nie przenosi się wprost ztąd na włókna nerwów odśrodkowych, lecz musi przejść przez inny rodzaj pierwocin czyli elementów, stanowiących ważny składnik układu nerwowego środkowego, t. j. przez o ś r o d k i n e r w o w e. One to są wyposażone we własność zmieniania ruchu nerwowego z kierunku dośrodkowego w odśrodkowy a więc przenoszenia stanów czynnych z jednych nerwów na drugie.

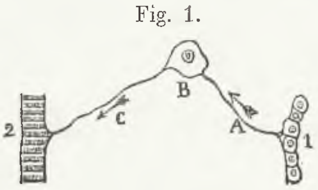
Ośrodki nerwowe są dwojakiego rodzaju, jedne z nich odznaczają się tem, że ich stan czynny dochodzi do naszej świadomości, czynność zaś drugich, jakkolwiek może objawić się na zewnątrz ruchem, odbywa się bez współudziału świadomości. O ile ze spostrzeżeń dotychczasowych wnosić można, ośrodki pierwszej kategoryi, w których powstają wrażenia uświadomione i świadome popędy do ruchu, mają swą siedzibę w półkulach mózgowych a mianowicie w korze mózgowej; ośrodki drugiej kategoryi, których stany czynne nie dochodzą do świadomości naszej, zajmują resztę układu nerwowego a więc zwoje podstawowe mózgu, móżdżek, rdzeń przedłużony i rdzeń pacierzowy.

Stan czynny tych ośrodków drugiej kategoryi wywołany przez podnietę zewnętrzną i ukazujący się znowu na zewnątrz czynnością dynamiczną, zowiemy o d r u c h e m. Odruch jestto zatem czynność mięśni lub gruczołów wywołana przez podnietę zewnętrzną, działającą na drogi nerwowe dośrodkowe, bez współudziału świadomości. Nie znaczy to, że od-

ruchom towarzyszyć musi brak świadomości; owszem możemy mieć zupełną świadomość sprawy odbywającej się w nas jako odruch, jak n. p. podczas wymiotów, kichania, odruchowego pocenia się, wydzielania się śliny i t. d., jednakże współudział świadomości w powstawaniu tych odruchów nie jest konieczny a najczęściej zbyteczny, jak tego dowodzi występowanie ich podczas snu, bądźto naturalnego, bądź też wywołanego środkami usypiającymi, lub u zwierząt pozbawionych półkul mózgowych.

Do tego, aby odruch mógł powstać, nie wystarcza fizyologiczna funkcya samych ośrodków odpowiednich; potrzeba także, ażeby i narząd odbierający podnietę, drogi nerwowe dośrodkowe, nerwy odśrodkowe i odpowiednie narządy obwodowe, mające wejść w stan czynny, były w stanie prawidłowym. Jednem słowem tak zwany łuk odruchowy musi być całym, nigdzie nieprzerwanym. Części składowe łuku odruchowego, schematycznie nakreślonego, przedstawiam Panom na tej oto tablicy (p. fig. 1.):

Fig. 1.



1 przedstawia zakończenia nerwowe w powierzchni czuciowej, A nerw dośrodkowy, B ośrodek odruchowy, C nerw odśrodkowy kończący się w mięśniu 2.

Niektóre zjawiska odruchowe znane już były w starożytności. I tak: Galen opisuje ruchy źrenicy powstające podczas zamykania i oświetlania oka, Achillini wspomina o różnej szerokości źrenicy pod wpływem zmian w oświetleniu oka. Jednakże pierwsze dokładniejsze obserwacye odruchów u człowieka i zwierząt pochodzą dopiero z drugiej połowy XVII. stulecia od Kartezyuzza, Swammerdama i Willisa, którzy zwracają już uwagę na jedną cechę odruchów, mianowicie na powstawanie ich bez współudziału świadomości. W tym samym mniej więcej czasie poznali Redi i Boyle odruchy występujące w skutek zadrażnienia skóry u zwierząt zimnokrwistych po odcięciu głowy. Jakkolwiek Kartezyusz i Willis uważali dla niektórych z tych czynności współudział mózgu i rdzenia za konieczny, to jednakże nie znano sposobu, w jaki odbywa się przenoszenie się wrażeń z nerwów czuciowych na motoryczne. W drugiej połowie zeszłego wieku Vieussens, Comparetti i inni przypisywali czynność tę obwodowym anastomozom, mającym istnieć pomiędzy nerwami jednej i drugiej kategoryi. Przypuszczenie to zbijał teoretycznie Astruc a Hales i Whytt (1768 r.) wykazali drogą doświadczeń, że twierdzenie podobne nie ma podstawy. Ten ostatni uważał już rdzeń za miejsce powstawania odruchów, jednakże dowodu na to swoje przypuszczenie nie przytacza. Prochaska i Marshall-Hall raz jeszcze zwrócili uwagę na okoliczność, że odruchom nie towarzyszy świadomość, wskazując na ruchy występujące u ludzi po udarze mózgowym w czasie zupełnej nieprzytomności lub po zranieniu rdzenia. Jakkolwiek Marshall-Hall uchodzi za twórcę nauki o odruchach, to jednak bliższe zbadanie właściwej literatury wykazuje, że większa część opisywanych przez niego faktów była już przedtem znaną a tłómaczenie ich przez niego również nie było całkiem nowe. Konieczność współdziałania szarej substancyi rdzenia w powstawaniu odruchów wypowiedział pierwszy Grainger w roku 1837. Dopiero pracom żyjącego jeszcze obecnie pokolenia zawdzięcza nauka cały szereg szczegółowych badań oraz usiłowań głębszego poznania zjawisk odruchowych. Badania te są nader liczne, dlatego trudno by mi było wymienić wszystkie. Do prac, które dały główną podstawę poznaniu odruchów, zaliczamy badania Türcka, Volkmana, Pflügera, Helmholtza, Wundta, Sieczenowa i innych.

Badania te przeprowadzamy obecnie mniej więcej w następujący sposób:

Ponieważ współudział ośrodków kory mózgowej w powstawaniu odruchów jest zbyteczny a nawet, jak się później przekonamy, wpływ ośrodków psychicznych na występowanie odruchów w całej pełni jest niekorzystny, starać się przeto musimy w badaniu odruchów o usunięcie tego wpływu. Możemy tego u zwierząt dokazać albo przez wycięcie mózgu, lub też przez przecięcie rdzenia w odpowiedniej wysokości, aby w ten sposób przerwać łączność pomiędzy dolnym jego odcinkiem a mózgiem. U człowieka wpływ ośrodków psychicznych możemy wprawdzie usunąć przez wywołanie snu naturalnego, lub też za pomocą środków farmakologicznych, jednakże w tych przypadkach wpływa się także i na właściwe ośrodki odruchowe. Pozostają więc tylko do badania przypadki urazowe przecięcia poprzecznego rdzenia, lub sprawy chorobowe zajmujące całą grubość rdzenia, które przyczyniają się po części do pomnożenia naszych wiadomości o fizyologii odruchów u człowieka; jednakże i w tych przypadkach najczęściej nie mamy do czynienia z odruchami, w ścisłem tego słowa znaczeniu, fizyologicznymi.

Do badania odruchów, jak w ogóle do doświadczeń neurofizyologicznych nadają się najlepiej zwierzęta zimnokrwiste a to z tej przyczyny, że tkanki ich mają znaczną żywotność jeszcze przez długi czas nawet po ustaniu krążenia. Odsłonięcie rdzenia i korzeni jego na czas dłuższy, jak tego nieraz zachodzi potrzeba w badaniu odruchów, byłoby u zwierząt ciepło-krwistych, pomijając nieuniknione a znaczne krwawienie, już samo przez się powodem głębokich zmian odżywczych i czynnościowych tego narządu.

Co do podniet, posługujemy się tu używanemi w ogóle w neurofizyologii, to jest mechanicznemi, termicznemi, chemicznemi lub elektrycznemi. Przy zastósowaniu jednej z tych podniet trzeba uwzględnić warunki, którym koniecznie należy uczynić zadość, jeżeli się chce, by badanie było bez zarzutu a mianowicie: podnieta musi stale trafiać jedno i to samo miejsce powierzchni czuciowej, powtóre powinna być tego rodzaju, aby nie nadwerężała organu, na który działa, po trzecie siła jej powinna być albo stałą, jeżeli o odruchach sądzić chcemy z wielkości ruchu, lub też musimy mieć sposób zmieniania tej siły w pewnych granicach.

Z podniet, które próbowano zastósować do badania odruchów u żab, bodźce mechaniczne okazały się nieodpowiednimi. Przekonano się tylko, że stale, stopniowo i zwolna wzrastające podrażnienie mechaniczne skóry można spotęgować do zupełnego zniszczenia powierzchni czuciowej bez wywołania odruchu, gdy słabsze znacznie a nagłe zadrażnienie z łatwością wywołuje odruch. Ponieważ podnieta mechaniczna nie odpowiada żadnemu z warunków, o których wspomniałem, to jest nie ma możności stósowania jej stale na jedno

i to samo miejsce i regulowania jej siły, nie znalazła ona w badaniu odruchów zastósowania.

Również nieodpowiednimi okazały się dla badania odruchów bodźce termiczne. Chcąc się jednak nimi posługiwać, pamiętać należy, aby stósować nagłą i znaczną zmianę temperatury na małą powierzchnię czuciową, albowiem stopniowe ogrzewanie lub oziębianie nie daje żadnego odruchu a podwyższenie lub obniżenie ciepłoty na większej powierzchni ciała pociąga za sobą, jak później się przekonamy, znaczne zmiany w pobudliwości odruchowej rdzenia pacierzowego.

Najczęściej posługujemy się podnietą chemiczną według metody Türcka, który pierwszy ją stósował w roku 1851. W tym celu zawieszamy żabę pionowo w ten sposób, ażeby kończyny tylne zupełnie wolno zwisały ku dołowi i w danej chwili zanurzamy łapki do słabego rozczynu (zwykle $^1/_5$ do $^1/_2$%) kwasu siarkowego, mierząc czas, który upływa od chwili zanurzenia łapek w rozczyn, aż do chwili ich skurczu. Doświadczenie uczy, że jeżeli wszystkie warunki badania pozostają te same, łatwość powstawania odruchów zostaje w odwrotnym stósunku do czasu, który upływa od chwili, gdy słaba podnieta zaczyna działać, aż do chwili, w której żaba odpowiada na nią pierwszym ruchem. Tym sposobem, jeżeli przy użyciu takiej samej podniety, w naszym przypadku tego samego rozczynu kwasu, raz odruch powstanie po upływie pięciu sekund od chwili zanurzenia, drugi raz po upływie n. p. ośmiu sekund twierdzimy, że w tym ostatnim przypadku odruchy trudniej jest wywołać. Jak widzimy, podnieta chemiczna czyni zadość wszystkim wymaganiom. Siła jej jest stałą, może działać stale na te same miejsca skóry (jeżeli łapki zanurzamy do jednakiej wysokości) i w tak słabem rozcieńczeniu nie nadweręża skóry, szczególniej jeżeli, jak to czynimy zazwyczaj, za każdym razem kończyny opłukujemy.

Prócz podniety chemicznej na uwzględnienie zasługuje jeszcze podnieta elektryczna a to z tego względu, że można moc jej w znacznych granicach zmieniać dowolnie. Możemy bowiem badając odruchy posługiwać się oznaczaniem kresu pobudliwości ośrodków odruchowych, podobnie jak to czynimy badając pobudliwość nerwów lub mięśni. W tym celu oznaczamy najsłabszy prąd, jaki jeszcze jest w stanie, działając przez pewien stały czas na skórę, wywołać odruch. Sposób ten ma jednak tę wadę, że, chcąc stósować prąd elektryczny na skórę samą, nie jesteśmy w stanie działać zawsze na jedne i te same zakończenia nerwowe. Albowiem, jeżeli po zadraźnieniu żaba usuwa łapkę, nie mamy pewności, że za drugim razem elektrody przyłożymy do tego samego miejsca, co pierwotnie. Błąd ten można jednak w ten sposób usunąć, że zanurza się łapki żaby do dwóch naczyniek z wodą, w których znajdują się elektrody niepolaryzujące od przyrządu indukcyjnego. Za to o wiele częściej używa się prądów elektrycznych, stósując je na sam pień nerwowy, przyczem sądzimy o pobudliwości odruchowej albo z mocy prądu potrzebnego do wywołania najsłabszego odruchu, albo też zapisując graficznie ruch odruchowy, ze siły tego ruchu przy zastósowaniu prądu o stałem natężeniu, albo wreszcie z czasu, jaki upływa od chwili zadziałania prądu do powstania odruchu. W ogóle pamiętać tu należy, że odruchy o wiele łatwiej powstają za użyciem wielokrotnych słabych uderzeń prądu, aniżeli za jednokrotnem działaniem prądu mocnego.

W badaniu odruchów musimy kierować uwagę swą na cały łuk odruchowy, w którym, jak to widzieliśmy, stan czynny przebiega trzy fazy: pierwszą stanowią zakończenia nerwów czuciowych i nerw dośrodkowy, drugą same ośrodki odruchowe a trzecią nerw odśrodkowy z odpowiednim narządem obwodowym.

Co do pierwszej części łuku odruchowego, to stan czynny w skutek działania bodźca może wychodzić z zakończeń wszystkich nerwów dośrodkowych, tak szczegółowych nerwów zmysłowych jak i nerwów czucia ogólnego, oraz nerwów trzewowych, jednakże zadraźnienie pewnych nerwów o wiele łatwiej wywołuje odruchy niż innych i tak n. p. dla nerwów skórnych najsilniejsze odruchy powstają przez zadraźnienie zakończeń nerwowych w podeszwie lub dłoni a to samo tyczy się i błon śluzowych, posiadających zakończenia nerwowe, których draźnienie wywołuje właściwe odruchy skomplikowane, jak n. p. kaszel, kichanie, wymioty i t. p. Rodzaj i jakość zadraźnienia mają również wpływ na powstawanie odruchów: i tak delikatne łaskotanie przewodu słuchowego sprowadza kaszel, podczas gdy proste dotknięcie pozostaje bez wpływu; w ogóle jest ścisły związek pomiędzy zadraźnieniem a jakością odruchów.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej.

Podał

Prof. Rydygier.

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

8) M. P. *Carcinoma pylori i gastroenterostomia*. Śmierć 10. dnia po operacyi skutkiem perforacyi szwu. Slusarz, lat 46 liczący, dziedzicznie nie obciążony; od 5 miesięcy cierpi na bóle w żołądku, nudności i t. d.

Stan obecny. Pacyent dobrze zbudowany; wychudnienie znacznego stopnia, blado-żółte zabarwienie skóry; rozedma płuc znaczna; serce prawidłowe; wątroba niepowiększona. Żołądek wybitnie rozszerzony, po prawej stronie poniżej wątroby płaski guz, poruszający się za ruchami oddechowymi, z wątrobą prawdopodobnie zrosły. Treść żołądkowa, podobna do fusów, zawiera kwasy tłuszczowe; w przesączu nie ma wolnego kw. solnego; pod mikroskopem widać mnóstwo bakteryj, drożdże i niestrawione resztki pokarmów.

Operacya 12. Stycznia 1894. Gastroenterostomia sposobem zwyczajnym. Przebieg pooperacyjny przez 8 dni bardzo dobry; 9-tego dnia występują nagle objawy zapalenia otrzewny, wśród których śmierć dnia następnego.

Sekcya wykazała mały otworek w linii szwu, w jamie brzusznej treść żołądkowa w znacznej ilości, zaciśnienie okrężnicy poprzecznej przez leżącą na niej pętlę jelita cienkiego do żołądka przyszytego; okrężnica przed miejscem uciśnionem znacznie rozdęta.

9) M. K. *Carcinoma pylori, gastroenterostomia*. Śmierć 8. dnia skutkiem perforacyi szwu. Chory, l. 42 liczący, dziedzicznie nie obciążony, cierpi już na dolegliwości żołądkowe od 8 lat, które zwolna się wzmagały; stolec miewa po największej części zaparty, co 8 dni.

Stan obecny. Indywiduum osłabione, wychudłe i charłacze. Organa klatki piersiowej prawidłowe; okolica żołądka nieco wypuklona, przez cienkie powłoki brzuszne widać skurcze żołądka. Obmacaniem wyczuwa się powyżej pępka pod prawym mięśniem brzusznym prostym guz twardy, o powierzchni nierównej, mało ruchomy. Powiększenie gruczołów, zwłaszcza pachwinowych prawych. Treść żołądkowa zawiera wolny kwas solny.

Operacya 5 Lutego 1894. Po otwarciu jamy brzusznej znaleźliśmy raka niemal na całej otrzewny. Podczas przyszywania pętli jelitowej dostrzegliśmy mniejsze napięcie, niż zwyczajnie, lecz mimo to wykonano gastroenterostomię sposobem Wölflera. Przebieg pooperacyjny przez pierwsze dni bardzo dobry, chory domaga się wstawać. Nagle 8. dnia przy podnoszeniu się na łóżku wystąpiły bóle w żołądku; objawy zapalenia otrzewny z przedziurawienia i śmierć po kilku godzinach.

Sekcya wykazuje mały otwór w linii szwu; okrężnica poprzeczna zaciśniona mocno przez leżącą na niej pętlę jelitową; ztad wypełniona zbitemi masami kału. Widoczna, że te masy kału oderwały jelito od żołądka własnym swoim ciężarem.

W przypadku 10., 11., 12. i 13. byli pacyenci z rakiem odźwiernika tak daleko posuniętym, że o operacyi myśleć nie można było. Jeden z tych pacyentów umarł w 3 dni po przyjściu do kliniki przed operacyą. Przy sekcyi okazał się rak okrężny odźwiernika, zaledwie na 4 cm. szeroki; przerzutów w gruczołach nie było; zwężenie odźwiernika znacznego stopnia. Ten przypadek nadawałby się bardzo do resekcyi wcześniejszej.

W drugim przypadku zrobiono laparotomiją próbną a gdy operacya okazała się niemożliwą, zeszyto ranę brzuszną; po wygojeniu jej wypuszczono chorą z kliniki.

13. przypadek mimo wyleczenia rany laparotomijnej był za słabym, aby go można było z kliniki wypuścić — umarł w klinice 13. dnia po laparotomii próbnej.

W 4. przypadku śmierć 2. dnia po laparotomii skutkiem osłabienia.

14) Z. Z. *Cystis dermoidalis et cystis serosa ovarii dextri; carcinoma ovarii dextri, carcinoma vesicae urin. et S romani. Exstirpatio cystidum et ovarii dextri cum consequenti sutura; resectio S. romani cum enterorraphia, intabulatio ani praeternaturalis ex occlusione interna exorta; operatio ani praeternaturalis.*

Chora liczy lat 51, regularność pierwsza w 18. r. życia, ostatnia w 41., przebiegała zawsze prawidłowo. W 28. roku życia wyszła za mąż; w tym roku raz rodziła. Obecne jej cierpienie rozpoczęło się od 5 miesięcy bólami w brzuchu i w okolicy krzyżów. W końcu oddawania moczu doznaje uczucia palenia, pieczenia i ciśnienia.

Stan obecny. Pacyentka małego wzrostu, wychudła, osłabiona. Brzuch nieregularnie wypuklony. Poniżej pępka, więcej w stronie pachwinowej prawej wyczuć się daje guz, wielkości dobrych 2 pięści, prawie chełbocący; poniżej tego i nieco głębiej w okolicy pachwinowej prawej znajduje się twardy, o powierzchni nierównej, guz wystający nad spojenie łonowe na 3 palce wysoko; częściowo przechodzi na stronę lewą. Badanie przez pochwę wykazuje znaczne zepchnięcie przedniego i prawego sklepienia pochwy. W przedniem sklepieniu wyczuwamy guz twardy, nierówny, który ku stronie prawej staje się miększym, prawie chełbocącym. Ruchy twardego guza udzielają się macicy, niepowiększonej. W lewem sklepieniu wyczuwa się bolesne, postronkowate zgrubienie wychodzące z twardego guza. We wzierniku widać, że z jamy macicy wydobywa się nieco cieczy ropnej. Zgłębnik wchodzi w prawidłowej długości tylko nieco zbaczając w stronę lewą i ku tyłowi.

Rozpoznanie nie było łatwe. Początkowo myśleliśmy o torbielu skręconym około swojej osi; za tem przemawiała fluktuacya w guzie wielkim, bolesność i bliski związek z macicą, wcale niepowiększoną. Jednakowoż w narkozie chloroformowej rozpoznaliśmy stanowczo raka jajnika prawego obok torbiela. Postronkowate zgrubienie wyjaśniła dopiero laparotomia.

Operacya 16. Grudnia 1894. Wykonanie tej operacyi, jak również dalszy przebieg opisane i podane są w uwagach ogólnych.

Pokrótce nadmienię tu o resekcyi pęcherza. Rak przechodził z jajnika na pęcherz. Oddzielenie go od pęcherza bez naruszenia błony śluzowej może dałoby było się zrobić z wielką trudnością. Jednakowoż resekowałem część błony śluzowej, ponieważ chciałem usunąć, ile możności, doszczętnie raka, aby zapobiedz recydywie, a co do szwu nie miałem żadnej obawy, wiedząc, że szew założony na pęcherzu pokrytym otrzewną trzyma bardzo dobrze. Użyłem szwu kuśnierskiego jako najlepszego, jak to dawniej już wykazałem[1]). Przy szwie węzełkowym, założonym na pęcherzu pustym, powiększają się odstępy między szwami, gdy się pęcherz wypełni moczem, który teraz może wydobywać się pomiędzy szwami. Wręcz przeciwnie dzieje się przy szwie kuśnierskim. Tu szew tem więcej zbliży do siebie brzegi rany i tem więcej je zaciśnie, im bardziej pęcherz się wypełni; ztąd przesączanie moczu jest niemożliwem przy szwie kuśnierskim. Przy innej sposobności wrócę jeszcze raz do uwag dawniej wyrażonych o *sectio alta intraperitonealis*, ponieważ niektóre z tych a zwłaszcza tyczące się szwu kuśnierskiego, za mało dotąd uwzględniano. Uwagi nad szwem kuśnierskim w pierwszej pracy oparłem tylko na doświadczeniach na zwierzętach. Obecnie mam spostrzeżenia na kilku chorych.

15) J. G. *Fistula stercoralis; resectio intestini;* wyleczenie. U starca 60-letniego uległa nagle uwięźnieniu już oddawna istniejąca przepuklina; ponieważ odpowiedniej pomocy nie dano, 12. dnia powstała przetoka. Przedtem istniały objawy niedrożności jelit.

Dnia 29. Stycznia 1894. wykonano resekcyę pętli jelitowej długości 12 cm. w której znajdowała się przetoka; szew założono, jak zwyczajnie, w 3 rzędach. Dalszy przebieg nie przedstawia nic zajmującego.

16) M. T. *Anus praeternaturalis; prolapsus; resectio intestini; exitus letalis ex occlusione interna.* Pacyentka 50 lat licząca, zresztą zdrowa cierpiała od wielu lat na przepuklinę udową, która z początkiem lipca uległa uwięźnieniu. Przywołany lekarz operował; podczas operacyi miało pęknąć jelito i tak powstał *anus praeternaturalis*. Mimo to mogła chora pracować, aż 4. Października nagle wypadły jelita. Podczas przyjęcia do kliniki przekonaliśmy się o wypadnięciu wynicowanego jelita w długości 13 cm. przez *anus praeternaturalis*; zresztą pacyentka jest zdrową. Drugiego dnia po przyjęciu powstał znaczny krwotok z wypadłego jelita i okazała się potrzeba podwiązania dwóch małych naczyń. Mimo to opatrunek przesiąknął krwią. Dnia 25. Października 1893. wykonano resekcyę wypadłej i przedziurawionej pętli jelita sposobem zwyczajnym. Linię szwu przykryto siecią tuż obok leżącą.

Drugiego dnia wystąpiło wzdęcie brzucha i mimo wlewań przez rzyć, według Hegara, utrzymywały się objawy wewnętrznej niedrożności. Po zdjęciu szwów z rany laparotomijnej nie można wymacać nic nieprawidłowego w okolicy szwu, żadnego załamania, jakeśmy się spodziewali. Dlatego przyjęliśmy, że powodem niedrożności jest znaczne obrzmienie błony śluzowej; powyżej szwu nakłuliśmy jelito i wypuściliśmy wodnisty kał w znacznej ilości; następnie po zeszyciu otworu zapuściliśmy jelito i zaszyliśmy ranę laparotomijną. Objawy wewnętrznej niedrożności mimo to nie ustąpiły i chora umarła na drugi dzień.

Przy sekcyi okazało się, że sieć, zrosła ze szwem jelitowym, mocno napinała lewe zagięcie okrężnicy poprzecznej, które pod wpływem tego uległo załamaniu i odsznurowaniu; tu była siedziba wewnętrznej niedrożności, której dostrzedz nie mogliśmy, otworzywszy dolny tylko odcinek rany laparotomijnej. Zapalenia otrzewny nie ma, szew jelitowy trzyma dobrze; jelito w okolicy szwu drożne.

---

[1]) Rydygier: Eine neue Methode der Sectio alta intraperitonealis sowie eine Bemerkung zur Ausnützung der plastischen Eigenschaften des Peritoneums bei den Operationen an der Blase im Allgemeinen. Wien. med. Woch. 1888. Nr. 15. 16 i 17.

Ten przypadek jest pouczającym o tyle, że dowodzi wyraźnie, jak sieć przyszyta do szwu stała się przyczyną śmierci. Od tego czasu nie będę więcej szwu pokrywał siecią po pierwsze dlatego, że szew dobrze założony trzyma dokładnie a jeżeli nie trzyma, to w takim razie pokrycie siecią nie zapobiegnie złemu wynikowi, jak to wykazał Chaput; powtóre dlatego, ponieważ może być samo przez się niebezpiecznem, jak powyższy przypadek dowodzi, a nadto tworzy się postronek, który później mógłby się stać powodem uwięźnienia jelita.

17) T. C. *Hernia cruralis sinistra incarcerata; resectio intestini incarcerati;* wyleczenie.

U pacyentki 61 lat liczącej trwa uwięźnienie od 4 dni. Mimo złego wejrzenia pacyentki wykonano herniotomię 23. Stycznia 1894. z wycięciem pętli jelitowej zgorzelinowo zmienionej (w długości 34 cm.). Przebieg bez zboczeń; pacyentkę wypisano z kliniki po 4 tygodniach.

18) J. T. *Hernia cruralis incarcerata sinistra; herniotomia et resectio intestini; exitus letalis.* Chora, 55 lat licząca, cierpi od wielu lat na przepuklinę udową, która przed 10 dniami uległa uwięźnieniu; objawy niedrożności.

Zapad sił bardzo znaczny, skóra nad przepukliną mocno zaczerwieniona. Dnia 22. Lutego t. r. herniotomia. Po otwarciu worka przepuklinowego okazała się pętla zgorzelinowo zmieniona i w jednem miejscu przedziurawiona. Szeroko rozszerzono ku górze bramę przepuklinową, oczywiście po oczyszczeniu dokładnem i wycięto pętlę jelita cienkiego długości 38 cm. Wieczorem ciepłota 36·7. Śmierć po 28 godzinach.

Przy sekcyi okazało się, że 20 cm. pętli doprowadzającej było zgorzelinowo zmienionej. Szew trzymał.

Widzimy z tego przypadku, że Kocher słusznie się domaga, by wycinać pętlę doprowadzającą ile możności daleko w częściach zdrowych.

19) K. Z. *Hernia cruralis incarcerata dextra; herniotomia et resectio intestini;* wyleczenie. Chora, 48 lat licząca, cierpi od 2 lat na przepuklinę udową, która uległa uwięźnieniu przed 7 dniami. Są wszystkie objawy uwięźnienia. Herniotomia, wycięcie długości 34 cm. pętli jelita cienkiego, która przedstawiała na miejscu uwięźnienia wszystkie cechy zmiany zgorzelowej. Dalszy przebieg zaburzyło ropienie przy szwach brzusznych.

W 20. i 21. przypadku była niezdrożność wewnętrzna.

W 20. przypadku była niezdrożność z powodu bliznowatego zwężenia światła okrężnicy poprzecznej; wykonano ileokolostomię; śmierć 2-go dnia z dławcowego zapalenia płuc.

W 21. przypadku znaleźliśmy oprócz ropnia około *radix mesenterii* wiele zarostów i postronków; pod jednym takim postronkiem uwięzła pętla jelita cienkiego. Chory umarł w dzień operacyi.

22. przypadek tyczy się *invaginatio ileo-colica.* Ten przypadek będzie później ogłoszony.

III. O pęcherzycy *(pemphigus).*

Odczyt w sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego dnia 29. Grudnia 1893 r.

przez

Dra Uhmę.

Choroba, której okaz mam Szanownym Kolegom przedstawić, jest dość rzadka, jeśli taki praktyk, jak Kaposi, w ostatniem wydaniu swego podręcznika wylicza wszystkiego 300 przypadków w przeciągu 21 lat spostrzeganych. W dostępnej mi literaturze polskiej jest ona mało uwzględniona, bo napotkałem jednę tylko monografię kolegi Obtułowicza, drukowaną w *Przeglądzie Lekarskim* z 1878 roku. Może zaś przedstawiać trudności rozpoznawcze, z powodu których, jakoteż z powodu ciężkiego często zachorzenia, sam chory zwróci się nieraz do lekarza raczej chorób wewnętrznych, niż chorób skórnych. Przedstawia ona przeto więcej ogólny interes i sądzę, że na rękę pójdę Szanownym Kolegom kreśląc dla przypomnienia krótki rys objawów, przebiegu i podstaw choroby.

Przez *pemphigus vulgaris*, pęcherzycę zwyczajną, rozumiemy okresowe powstawanie pęcherzy na skórze i błonach śluzowych. Choroba może poczynać się gorączką, nudnościami i wymiotami. Gorączka bywa zwalniająca (*remittens*) lub przepuszczająca (*intermittens*) a podnoszeniu się jej towarzyszyć zwykło powstawanie nowych pęcherzy. Dochodzić ona może 40°C, choć w formach lżejszych często zupełnie jej brakuje.

Pierwsze pęcherze powstawać zwykły na głowie, wyjąwszy część włosami pokrytą i szyję. Jeżeli, na co zwrócił uwagę Schroetter, pierwsze zmiany wystąpią w jamie ust, na błonie śluzowej podniebienia, połyku i krtani, łatwo omylić się i w razie wysokiej gorączki rozpoznać błonicę, jak w braku gorączki powziąć podejrzenie kiły.

Na tułowiu choroba nie postępuje już zbyt systematycznie. Często części draźnione przez ubranie przylegające naprzód jej podlegają. Z reguły jednak kończyny dolne na ostatku bywają nią zajęte.

Pęcherze powstają jużto na zaczerwienionej, już też na wrzekomo prawidłowej skórze; czasem powstają na naciekach podobnych do występujących w pokrzywce i również mocno swędzących, jestto *pemphigus pruriginosus.*

Wielkość pęcherzy bywa różna, od wielkości ziarnka prosa do wielkości nawet głowy dziecięcej. Kształt też różny, zwykle owalny może być dość ściśle okrągły lub znowu nieregularny. Rzadko się zdarza, by zlewało się kilka pęcherzy. Treść ich zrazu przejrzysta po kilkunastu godzinach mętnieje. Niekiedy wykazuje przymieszkę krwi, *pemphigus haemorrhagicus*, lub znowu ścina się, tworząc nalot szarawy, *pemphigus crouposus.*

Jak wielkie bywają różnice w ułożeniu pęcherzy, świadczą same nazwy: *disseminatus, confertus, circinatus, gyratus, serpiginosus*, wreszcie *localis*, gdzie tylko jedna część ciała, najczęściej nos lub palec, bywa zajętą. Do rzadkości należy forma *p. solitarius*, tak zwany ztąd, że pęcherze powstają pojedynczo, świeży wtedy, gdy dawniejszy się przygoił. Zwyczajnie widzimy równocześnie więcej niż jeden pęcherz, do stu i więcej. Utrzymują się one jakiś czas i powiększają przez przybieranie wypełniającego je płynu. Obok widzimy miejsca pokryte pękłym i w strup zaschłym pęcherzem, lub miejsca pozbawione przyskórka sączące się, gdzie pęcherz zdarto. Dalej przygojone, pokryte świeżym przyskórkiem, sinawo czerwoną barwą przeświecające. Wreszcie już tylko ślady barwikowe, brunatno sine, które się najdłużej utrzymują. Blizna w formach lżejszych nigdy nie wytwarza się, niekiedy tylko zaczerwieniony naciek skóry utrzymuje się dłużej a na nim powstawać mogą pęcherzyki wielkości prosa, *milium.*

Zwykły czas trwania choroby 2 do 6 miesięcy. Kaposi utrzymuje, że co najwięcej 10% chorych wraca do zupełnego zdrowia. Według niego w krótszych lub dłuższych odstępach czasu pojawiają się nawroty choroby w formach co

raz to cięższych. Jednem słowem choroba, choć nie zawsze wybitna, trwa *usque ad finem*, jako *pemphigus diutinus*.

Podmiotowy stan chorych bywa zwykle dobry. Chorzy nie doznają znacznych dolegliwości prócz lekkiego świądu, uczucia naprężenia lub pieczenia. Po jakimś czasie liczba powstających pęcherzy zmniejsza się, powstałe szybko się przygajają i sprawa kończy się pomyślnie — *pemphigus benignus*.

Pęcherzycę złośliwą (*pemphigus malignus*) cechować zwykło przedewszystkiem to, że pęcherze nie są napięte, lecz pomarszczone. Gorączka bywa tu znaczna. Przygajanie się niespore, zaczem duże bardzo powierzchnie sączące się. Chorzy tracąc dużo soków a nie odżywiając się należycie, bo łaknienie z reguły upośledzone, cierpiąc w dodatku na znaczne bóle, wywołujące bezsenność, nędznieją szybko.

Czasami w takich przypadkach widzimy objawy ze strony narządów nerwowych ośrodkowych. Zdarzają się stany przygnębienia, graniczące z śpiączką a mogące szybko ustępować podnieceniu, dochodzącemu do szału.

Do form ciężkich liczymy t. zw. pęcherzycę błonicowatą, *p. diphtheriticus*. Już wspomniałem poprzednio, że choroba występując na błonach śluzowych jamy ustnej naśladować może błonicę. Wspomniałem też, że na skórze treść pęcherzy może się ścinać w szarawą masę, *p. crouposus*. Ale gdy w tej formie pod strupem brunatnawym, w który owa masa się zsycha, powstaje nowy przyskórek i rzecz się przygaja, w pęcherzycy błonicowatej wytwarzają się szerzące się w sąsiedztwo owrzodzenia.

Neumann opisywał przypadki pęcherzycy bujającej (*p. vegetans*), gdzie pod pęcherzami bujała ziarnina, nie dająca się usunąć przez mocne przyżeganie. Z początku pojmował on tę sprawę jako *syphilis cutanea vegetans*. Później na podstawie innych obserwacyj wcielił ją tutaj. Zazwyczaj bywa w tych przypadkach zajęta przedewszystkiem skóra pochwy, warg i części sromnych. Chorzy giną zwykle w kilku miesiącach.

Przed rokiem obserwowałem w tutejszym szpitalu przypadek przypominający poniekąd opis Neumanna; pozwolę go sobie tutaj przytoczyć:

Włościanka, l. 24 licząca, zamężna przybyła do oddziału 2. Października 1892. Wywiady wykazały, że kilkoro jej rodzeństwa pomarło w dzieciństwie. Rodziców dokładnie nie pamięta. Za mąż wyszła przed 5 laty; brzemienną nigdy nie była. Choroba obecna rozpocząć się miała przed rokiem pęcherzami na nogach, po których powstawały rany. Dotąd leczono ją miejscowo nieznanego składu maścią.

Odżywienie i budowa chorej dobre. Na twarzy, w okolicy sutków, na grzbietach rąk i zewnętrznej powierzchni ud widać pęcherze wielkością od grochu do jaja gołębiego dochodzące, grubsze nieco, niż to bywa w pęcherzycy pospolitej, wypełnione cieczą surowiczą zmętniałą. Mieściły się one na naciekach zapalnie zaczerwienionych skóry. Obok pęcherzy znajdują się, zwłaszcza na podudziach, powierzchnie ranne pokryte bujającą nad poziom otaczającej skóry ziarniną. Gruczoły chłonne, zwłaszcza pachwinowe, znacznie powiększone, dość zbite, niebolesne. Zresztą na ciele, w jamie ust i narządach płciowych nic charakterystycznego. Gorączka 38·5°C.

W pierwszej chwili polecono kąpiele i opatrunek osuszający, a od 5. Października prymaryusz ś. p. Dr. Krówczyński rozpoznawszy *syphilis ulcerosa recens vegetans* zalecił jodek potasu. Nazajutrz opadająca już gorączka podniosła się znowu i wystąpiły świeże pęcherze. W pierwszej chwili przypisaliśmy pogorszenie podaniu jodu, przekonaliśmy się jednak później, że zależności takiej nie było, i w ogóle nie zdawało się, by jod bardzo wpływał na przebieg choroby. Polepszenie t. j. ustawanie tworzenia się nowych pęcherzy i rychlejsze przygajanie się ran po dawniejszych odnosiliśmy wyłącznie do kąpieli.

Rany znacznego bólu nie sprawiały, chora apetyt miała dobry i odżywienie jej nie podupadło. Około 22. Listopada poraz ostatni obserwowaliśmy znaczniejszą erupcyę na twarzy.

Pod koniec Listopada ciągle w myśl rozpoznania przykładano plaster rtęciowy na powierzchnie ranne na nogach. Wcierań nie można było robić, bo nie było gdzie, więc wstrzyknięto sposobem przez Łukasiewicza podanym 0·05 sublimatu podskórnie. W siedm dni później wystąpiła tak mocna *stomatitis*, że rtęć musiano usunąć.

Dopiero w końcu Lutego, gdy rany się przygoiły, użyto wcierań i plaster znowu przyłożono z przyczyny, że blizny po naciekach, (na tem właśnie, że owrzodzenia powstawały na naciekach, oparł swe rozpoznanie ś. p. Krówczyński,) keloidowo wyrodniały, pozostawiając wyniosłe nad poziom otaczającej skóry, płaskie, zbite, sinawo czerwone guzy. Nie widząc rezultatu terapii, wypuszczono chorą 15. Marca 1893.

Ile mi wiadomo, chora odtąd cieszy się najlepszem zdrowiem a brak nawrotu choroby mem zdaniem przemawiałby przeciw ówczesnemu rozpoznaniu kiły, dla której zresztą nic charakterystycznego nie wykazano.

Stockes opisywał pęcherzycę zgorzelinową (*p. gangraenosus*) u charłaczych dzieci, kończącą się również śmiercią, gdzie po pęcherzach, występujących przedewszystkiem na małżowinach usznych, powstawały owrzodzenia cuchnące.

Częstszym, niż poprzednie formy, jest *p. foliaceus*, który albo jako taki się zaczyna, albo powstaje z pęcherzycy zwykłej. Pęcherze tu drobne, nienapięte: treść mleczna lub żółtawa. Po złuszczonych pęcherzach powstające powierzchnie ranne miast przygajać się sączą, tworząc odpadające strupki, które zasypują łóżko chorego łuskami podobnemi do okruchów francuskiego ciasta. Cierpienie zwolna zajmuje całe ciało i po dłuższym czasie napróżno już upatrywalibyśmy pęcherzy. Niema dość trwałego przyskórka, by je mógł tworzyć. Świeży pęka łatwo i złuszcza się. Włosy wypadają, paznogcie oddzielają się. Występuje łzawienie. Czasem zdarza się *symblepharon* na spojówce po pęcherzach, bezgłos lub objawy dusznicy w razie zajęcia krtani, co zresztą napotkać można i w innych formach.

W ciężkich tych formach koniec sprowadzać zwykły gruźlica, zapalenia płuc, mieszkowe owrzodzenia w jelitach i zapalenia lub zwyrodnienia nerek.

Anatomicznie wykazano, że zmiany w skórze są powierzchowniejsze, niż n. p. w liszaju (*herpes*) lub wyprysku. Pęcherze są jednokomorowe a powstają tuż pod warstwą ziarnistą (*stratum granulosum*) tak, że po złuszczeniu ich dno utworzone jest z komórek wałeczkowych (*stratum cylindricum*). Gdy n. p. w liszaju naciek zajmuje brodaweczki a zmiana sięga aż do tkanki podskórnej, tutaj warstwy głębsze tylko w cięższych formach bywają zajęte. W *pemphigus foliaceus* spotykamy zwykle przerost śródbłonka w naczyniach i ich obliteracyę a w pęcherzycy bujającej przerost brodaweczek.

W przypadkach kończących się śmiercią znajdujemy rozległe zmiany w narządach wewnętrznych wywołane przedewszystkiem przez niedokrewność i charłactwo: więc obrzęki opon mózgowych, zwiotczenie płuc i serca, skrobiowate zwyrodnienie śledziony, wątroby i nerek, wreszcie wspomniane owrzodzenia w jelitach. Niektórzy badacze znajdywali zwyrodnienie nerwów obwodowych, inni stwardnienie, *sclerosis*

rogów tylnych, sznurów Golla, lub w zwojach nerwu sympatycznego. Jarisch opisał zwyrodnienie rogów przednich rdzenia pacierzowego.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Ginekologia.

A b e l (w Berlinie): **Przyczynek do techniki laparotomii.**

Ponieważ dziś, dzięki postępowaniu przeciwgnilnemu i bezgnilnemu, nie uważamy laparotomii za zabieg niebezpieczny i często ją wykonywamy, przeto jest zadaniem operatora, aby chorej, której laparotomia na razie powróciła zdrowie, aby tej samej chorej nie narażała na zboczenia, które również przykre i to zwykle już długo wywołują objawy.

Do takich zalicza autor w pierwszym rzędzie przepuklinę brzuszną, która zmusza chorą do noszenia pasa całe życie, lub do poddania się ponownej operacyi. Od dawna starano się temu zapobiegać przez dokładne bardzo spajanie rany w powłokach brzusznych, lecz wyniki do dziś dnia nie są zupełnie zadowalniające. Wszyscy operatorowie idąc za zdaniem Spencera Wellsa, używają cięcia w linii środkowej a próby, aby je prowadzić w innej okolicy, jakie robili Mc. Dowell, Mereier i Storer, nie uzyskały zwolenników.

Abel używa od dwóch lat cięcia pozaśrodkowego (*extramedianer Schnitt*), które ma zapobiegać powstawaniu przepukliny brzusznej. Cięcia tego użył 75 razy i ani razu nie widział przepukliny brzusznej, ani rozstępu w miejscu blizny; poleca je przeto kolegom i zachęca do dalszych prób. Cięcie w linii środkowej nie jest zdaniem autora odpowiednie i wytwarzamy przez nie okoliczności sprzyjające przepuklinie. W tej okolicy za mało jest naczyń, ztąd też i blizna nie jest o tyle twarda i mocna, aby mogła wytrzymać ciężar jelit, zwłaszcza podczas parcia. Otoż autor poleca cięcie skórne na centymeter na lewo od linii środkowej, dochodzi do pochwy mięśnia prostego lewego, przyczem naczynia broczące chwyta w zasuwki i podwiązuje, następnie otwiera nożem pochwę mięśnia a wiązki jego rozdziela na tępo, przez co je nieco rozstrzępia, co według niego ma się przyczyniać do wytworzenia mocniejszej blizny; pod tym więc względem nie zgadza się z Fritschem, który radzi mięsień przecinać nożem i uważa, że przez dokładniejsze przyleganie brzegów i blizna jest mocniejsza. Rana taka w mięśniu zamienia się później w twardą bliznę a zarzut, że cięcie poprowadzone nie w linii białej, lecz na lewo, utrudnia dalszy zabieg, zwłaszcza, gdy część, którą mamy usunąć, leży na prawo, nie może zdaniem autora wytrzymać krytyki, gdyż chodzi tu tylko o jeden cm.; toż samo obawa przed krwawieniem, wobec dziś używanych sposobów tamowania krwotoków, nie jest usprawiedliwiona; owszem cięcie to ma tę zaletę, że gdy je chcemy przedłużyć ku górze, unikamy linii łukowatej w celu ominięcia pępka a przedłużamy je w linii prostej, co dla gojenia jest pomyślnem. Autor wyraża w końcu nadzieję, że cięcie przez niego podane zażegna niemiłe następstwa po laparotomii, t. j. wytwarzanie się przepukliny brzusznej, jeżeli i inni operatorowie idąc za jego radą, podobnie pomyślne otrzymają wyniki. (*Archiv für Gynaekologie. Tom XLV. Z. 3*). *Dr. Cercha.*

Pedyatrya.

D o k t o r (w Budapeszcie): **O gojeniu się i opatrywaniu pępka.**

Nie ulega wątpliwości, pisze autor, że śmiertelność dzieci w pierwszych tygodniach po porodzie jest bardzo znaczna a przyczyną tego są według nowszych badań choroby pępka, polegające na zakażeniu rany pępkowej. Słusznie też żąda Runge, żebyśmy swe wiadomości o postępowaniu wobec ran stósowali także do małej rany pępkowej, tej pięty Achillesa małych organizmów, odpornych zresztą nawet na bardzo ciężkie sprawy chorobowe.

Eröss przekonał się, że w pierwszych dniach po porodzie gorączkuje 45% dzieci a zboczenia w gojeniu się rany pępkowej wynoszą 68%. Autor badał dokładnie drobnowidowo skrawki z miejsca, w którem resztka pępowiny odpada, i kładzie nacisk na tę okoliczność, że granica między częścią odpadającą a pozostającą nie jest wybitna, że pępek podczas odpadania resztki pępowiny uważać musimy za ranę fizyologiczną i że ta rana goić się musi, jak każda rana w ustroju. Rana ta goi się zazwyczaj przez rychłozrost a mianowicie brzegi skóry pępka skórnego zawijają się ku wewnątrz i zrastają się ze sobą; wprzód jednak dno rany musi być pokryte ziarniną, do wytworzenia której służy wieniec drobnych naczyń, znajdujących się na granicy skóry i owodni. Zadaniem tej ziarniny jest oddzielenie i odgraniczenie tkaniny żywej od martwej. Mała ta rana ma wielką skłonność do zakażenia a ztąd do zboczeń w gojeniu się.

Na to składają się następujące czynniki:

1) Położenie tej rany w sąsiedztwie powłok brzusznych, ba nawet otrzewny, tej tak czułej błony surowiczej, gdy idzie o zakażenie.

2) Dwie tętnice i żyła, których światło nawet po odpadnieniu resztki pępowiny nie jest zamknięte, są szeroką już nie furtką, lecz bramą dla jadu.

3) Resztka odpadającej pępowiny, która jako masa obumarła jest dobrą glebą dla rozwoju jadu uorganizowanego.

To jeszcze całe szczęście, że już w kilkanaście godzin po porodzie pępowina zaczyna zasychać, osłonka owodnej staje się twardą jak pergamin, skutkiem czego i jad trudniej dostać się do niej może.

Jeżeli jeszcze raz rzucimy okiem na wymienione wyniki badań Erössa, to przyznać musimy, że już te dwie liczby, pomimo że niestety nie wiemy, ile z tych dzieci w późniejszym czasie umiera, zmuszają lekarza, któremu powierzono pieczę nad noworodkiem, do zwrócenia uwagi na ranę pępkową.

Pierwszem i najważniejszem zadaniem jest ustrzeżenie gojącej się rany od zakażenia. To byłoby możebne przez założenie opatrunku chirurgicznego, ale czyż położna to dziś robi, czy zrobić potrafi, a do tej rzeczy lekarza wzywać nie jest u nas niestety w zwyczaju.

Autor przedsięwziął doświadczenia nad postępowaniem leczniczem wogóle wobec rany pępkowej w 1200 przypadkach w klinice prof. Kézmórskiego w Budapeszcie, próbował różnych dotąd używanych sposobów, ale zastósowanych umiejętnie pod nadzorem albo przez samego lekarza i na podstawie tych badań przyszedł do następujących wyników:

Najlepiej jest podwiązać pępowinę zaraz po porodzie, o ile możności, tuż ponad pierścieniem skórnym i odciąć. Do podwiązania używać tasiemki na 4 mm. szerokiej, wyjałowionej; kikut pokryć watą. Opatrunek zmienić po raz pierwszy dopiero trzeciego dnia a potem co drugi dzień, dopóki resztka pępowiny nie odpadnie. Po odpadnieniu dopiero zacząć dziecko kąpać i opatrywać co dzień. W ten sposób procent dzieci gorączkujących wynosi 11·88 a nie, jak wykazał Eröss, 45.

Autor nie tai trudności, na jakie napotka to postępowanie w praktyce prywatnej, sądzi jednak, że z czasem może ono zastąpić dzisiejsze niedostateczne opatrywanie rany pępkowej a w ten sposób przyczynić się do zmniejszenia śmiertelności dzieci z zakażenia pępka. (*Archiv für Gynaekolog. T. XLV. Z. 3*). *Dr. Cercha.*

Okulistyka.

H e i n z e l: **Przemijająca ślepota podczas karmienia.**

Że podczas karmienia zdarzają się przypadki zupełnej ślepoty i niedowidzenia, o tem wiedziano już dawno; jednakże nie znano obrazu wziernikowego dna oka podczas tego cierpienia. H. obserwował świeżo podobną ślepotę podczas karmienia i podaje, że w 7 tygodni po połogu zupełnie prawi-

dłowym (poród był również prawidłowy) zjawiły się u młodej (25-letniej) i dobrze zbudowanej, zresztą zdrowej kobiety bóle głowy, w kilka dni później bardzo mocne niedowidzenie jednego ($V = \frac{1}{\infty}$) a zupełna ślepota, bez oddziaływania tęczówki, drugiego oka. Wziernikiem wykazać można było lekkie pokręcenie żył, tętnice nieco węższe, granicę tarczy zatartą, tarczę samą lekko obrzmiałą zatem lekką *neuritis optica oc. utr.* Po zastósowaniu leczenia napotnego, wzrok zaczął się poprawiać, mimo że objawy zapalenia nerwu utrzymywały się dalej a po dwóch miesiącach wzrok wrócił do prawidłowego ($V = \frac{5}{5}$).

Jeden Nettleship opisuje podobny przypadek z takimże obrazem wziernikowym. W trzech innych przypadkach przez tegoż autora opisanych, obraz wziernikowy okazywał tylko ograniczony i nieznaczny zanik tarczy nerwu wzrokowego. Przypadek opisany przez H. tem się odznacza, że obok nieznacznych zmian wziernikowych wystąpiło tak ciężkie upośledzenie wzroku; może zatem przyczyną tego zaniewidzenia było zapalenie nerwu wzrokowego pozagałkowe, które sięgało aż do tarczy nerwu wzrokowego.

Kniess i Nettleship uważają za przyczynę tego cierpienia wycieńczenie ogólne, Berger upatruje w niem inwazyę drobnoustrojów z części rodnych, Himly uważa to cierpienie za analogiczne z niedowidzeniem zdarzającem się podczas nagłego zatrzymania miesiączki (jeśli chora nagle pokarm straci). Może jednak przyczyną cierpienia jest jakiś produkt rozpadowy białka (*neuritis toxica*), bo przecież wykazano, że rozpad białka po połogu jest większy, niżby to odpowiadało przemianie materyi ustroju i produkcyi mleka matki. (*Beiträge zur Augenheilk.* Zeszyt XIII. 1894).

Dr. Brudzewski.

Schönberg: **O powstawaniu podwinięcia powiek skutkiem jaglicy.**

Bardzo często mimo silnego zbliznowacenia spojówki nie ma śladu podwinięcia brzegu powiekowego, podczas gdy w przypadkach łuszczki uporczywej, krawędź tylna powieki bywa zaokrąglona, lub zupełnie zanikła tak, że rzęsy dotykają rogówki a przecież spojówka nie jest albo wcale zbliznowaciałą, albo tak mało, że blizny te nie mogą być przyczyną podwinięcia powieki. Tonus mięśnia okrężnego powiek jest podług Raehlmanna w 98% cierpień rogówki zwiększony a kurcz mięśnia tego wywiera największy ucisk na brzeg powieki i to na jej krawędź tylną tak, że ona po długim ucisku zanika. Zanik ten zaczyna się zawsze od środka krawędzi t. j. tam, gdzie ona do rogówki przylega; nie pochodzi zatem z pewnością od blizn spojówki, które są tylko czynnikiem uspasabiającym do zaniku; krawędź powieki bowiem zaopatrują naczynia ze spojówki pochodzące (Raehlmann), które wobec blizn muszą częściowo zaniknąć, ztąd niedokrewność krawędzi i mniejsza jej odporność. Tak typowe zanikanie środka tylnej krawędzi powiekowej żadną miarą nie może być przypisane bliznom, tak niejednostajnie działającym. To też autor uważa kurcz powiek za przyczynę wywołującą podwinięcie powiek a nie zbliznowacenie spojówki. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* Marzec 1894).

Dr. Brudzewski.

Cohn: **O zmniejszaniu się bystrości wzroku w późnym wieku.**

Na podstawie badań Vroesom de Haana wypowiedział Donders twierdzenie, że z wiekiem (od 30-go roku zacząwszy) bystrość wzroku ciągle zwolna podupada tak, iż około 80-go roku życia wynosi tylko $\frac{1}{2}$ prawidłowej. Dogmat ten powszechnie przyjęty, oparty był jednakże tylko na obserwacyi i badaniu 281 osób, z których tylko 41 miało wyżej 60 lat wieku a wiele nawet wziernikiem nie było badanych. Cohn podjął badanie na nowo i po zbadaniu 100 osób (wyżej 60 lat) doszedł do odmiennych rezultatów. Przed oznaczeniem bystrości wzroku badał Cohn z osobna każde oko wszelkimi sposobami, którymi się okulistyka dziś posługuje, badał w dobrych warunkach oświetlenia, bo pod gołem niebem, tablicą Snellena ze znakami, które są nierównie łatwiejsze do rozpoznania niż litery. Wyniki były następujące: z 200 ócz miało 78 bystrość wzroku mniejszą niż $\frac{20}{20}$ ($S < 1$), co stanowi 39%. Z tej liczby tylko 10 ócz u 5 osób miało niewytłómaczoną ambliopię (5%); reszta oczu okazywała najróżnorodniejsze zmiany patologiczne, czy to częściach powierzchownych oka czy też na jego dnie. Badania te przeprowadzono w 1874 roku, gdy jeszcze homatropina i lupa Westien-Zehendera nie były znane; autor zatem jest zdania, że i w tych 10 oczach dałoby się może zapomocą tych środków wykazać zmiany chorobowe, tłómaczące zmniejszenie bystrości wzroku. Reszta ócz okazywała bystrość bądź większą niż 1, bądź też 1; i tak: w 88 oczach była $V > 1$ (44%); w 34 oczach $V = 1$ (17%). Prócz tego wykazał Cohn w 53 oczach zaćmę początkową, z tych miało 20 $V = 1$ albo nawet > 1, w 6 oczach z głęboką exkawacyą fizyologiczną była $V = 1$. Na podstawie tych badań przychodzi autor do przekonania, że rokowanie co do bystrości wzroku w późnym wieku nie przedstawia się tak smutno, jak to Donders podał. (*Graefe's Archiv. f. Ophthalmologie.* Tom 40. zeszyt 1).

Dr. Brudzewski.

Choroby zakaźne.

Aufrecht: **Wczesne nader ciężkie powikłanie błonicy gardła.**

Rychła śmierć w przebiegu błonicy nie zawsze jest skutkiem zwyrodnienia mięśnia sercowego, często, zdaniem autora, następstwem ostrego, miąższowego zapalenia nerek objawiającego się niepokojem ogólnym z zajęciem sensorium i szybkiem tętnem obok wielkiej ilości białka w moczu. Właściwe *criterium* ostrego zapalenia nerek miąższowego jest zatkanie przewodzików Henlego przez wałeczki z następowym zastojem i rozszerzeniem przewodzików kory nerkowej, przez co zmniejsza się ilość wydzielonego moczu z następstwami zagrażającemi organizmowi. To też wczesne rozpoznanie przez badanie moczu od samego początku przy odpowiedniem leczeniu może ująć w karby tę groźną komplikacyę. (*Therapeutische Monatshefte.* Marzec 1894). *Dr. Komorowski.*

Chirurgia.

Demetryusz Galatti: **Intubacya w praktyce prywatnej.**

Autor idąc za przykładem Jacquesa i Egidiego, używał intubacyi w praktyce prywatnej w 15 przypadkach błonicy pierwotnej ze zwężeniem krtani, z których 6 zakończyło się śmiercią i w 4 przypadkach następowej z następowem także zwężeniem w przebiegu odry, zakończonych śmiertelnie. Intubacye wykonywał autor za pomocą starych tubusów O'Dwyera wedle zwykłych przepisów. Nowe tubusy O'Dwyera są znacznie krótsze i otwór mają owalny, lecz częściej wywołują odleżyny i łatwiej się zatykają błonami. Modyfikacyę Egidiego polegającą na tem, by obturator i intubator w środku były puste a przez to by podczas zakładania powietrze miało wolny dostęp do krtani, uważa autor za niestósowną. Nieco lepsza ma być modyfikacya Baera, polegająca na połączeniu obturatora z konduktorem intubatora w jeden kawałek, by przez to tubus leżał zawsze stale w płaszczyźnie intubatora.

Zachowanie się oddechu dziecka po intubacyi jest bardzo ważne dla lekarza, gdyż w okolicznościach korzystnych przychodzi do kaszlu i wykrztuszenia błon śluzowych, poczem oddech uspakaja się; brak kaszlu to zły objaw, bo błony bardzo grube i rozległe, również niekorzystnym jest silny kaszel bez wykrztuszenia błon, bo wtedy błony są nisko usadowione i unoszą się.

Ściśle nie można oznaczyć czasu leżenia tubusa w krtani; zależy to od właściwości przypadków, średnio jednak autor ekstubuje trzeciego dnia. Po ekstubacyi oddech poprawia się stale, lub też prędzej czy wolniej wytwarza się ponownie zwężenie. Jeżeli w 2 godziny po wyjęciu tubusa duszność nie wzmoże się znacznie, to można śmiało dziecko opuścić bez obawy o nagłe pojawienie się sinicy z objawami dusz-

ności. Oznaczenie chwili do intubacyi jest nader trudne; to zależy od doświadczenia lekarza, albowiem zawisło ono od rodzaju i szybkości w postępowaniu zwężenia, mogącego przedstawiać się pod formą nieznacznych zaciągań klatki piersiowej, długo trwających, głębokich z objawami napadowymi duszenia, lub nieznacznych z ciężką dusznością.

W ogóle wskazania do intubacyi są te same, co i do tracheotomii. Przeciwwskazania do intubacyi są: 1) zupełne zamknięcie jamy noso-przełykowej, 2) wysoki stopień obrzmienia wejścia do krtani, 3) błonica z ropniem pozagardzielowym (*abscessus retropharyngealis*).

Intubacyi w praktyce prywatnej stoi na przeszkodzie wiele zarzutów czynionych w ogóle tej metodzie, zdaniem autora, całkiem niesłusznie. Zatkanie się tubusa błonami takie, by było dla życia dziecka niebezpiecznem, nie wydarza się nigdy; lekkie zatkanie śluzem usuwa dziecko kaszlem, przy silniejszem zupełnie wystarcza natrysk wody zimnej przez posługaczkę. Większe zboczenia w oddechu, o ile można położyć je na karb zatkania tubusa a nie zwiększenia się samej sprawy chorobowej, nie wytwarzają się nagle a są zawsze wskazaniem do ekstubacyi. Możności wykrztuszenia tubusa przez dziecko przy kaszlu zaprzeczyć się nie da, lecz przy dobraniu odpowiedniej wielkości jego z uwzględnieniem wieku i rozwoju ogólnego dziecka, wydarza się to nader rzadko a jeżeli zajdzie ten przypadek, to powodem tego jest mniejsze obrzmienie błony śluzowej krtani, lecz wtedy jest dostateczny czas na wezwanie lekarza celem dokonania, w razie potrzeby, reintubacyi. Zachłyśnięciu się dziecka podczas leżenia w krtani tubusa można zapobiedz w ostateczności przez karmienie sztuczne kateterem przez nos. Modyfikacya zaś tubusów przez Baera podana, mająca na celu zmniejszyć ruchomość krtani przy ruchach połykowych ze względu na możność powstania większych odleżyn, nie może znaleść zastósowania. Częścią ucisk tubusa na krtań, częścią porażenie pobłonicze, są przyczyną powstania bezgłosu, utrzymującego się nieraz nawet długo po przebyciu choroby a nie zostającego w ścisłym związku z czasem trwania intubacyi. Odleżyny powstają na wewnętrznej stronie krtani i na chrząstce nalewkowej (*cartilago arythaenoidea*) o wiele rzadziej po użyciu sposobu O'Dwyera, niż po tracheotomii. Wpadnięcie tubusa do krtani prawie nie wydarza się; do przełyku wprawdzie jest częstsze, lecz zwykle bez większych następstw, bo po 3—4 dniach wychodzi tubus z kałem.

Następową tracheotomię robi autor, gdy zaraz po intubacyi nie ma żadnego polepszenia, lub po przemijającej poprawie zwiększa się duszność a intubacya trwa dość długi czas i zachodzi obawa powstania odleżyn. Dobrych wyników po tej tracheotomii nigdy autor nie otrzymał.

Za intubacyą przemawia:

1) o wiele lepsze rezultaty, szczególnie u dzieci do 1-go roku życia,

2) bezkrwawość zabiegu; ztąd brak blizny i brak obawy stałego noszenia kaniuli,

3) możność utrzymania przez czas leczenia oddechu drogą naturalną przez usta, co przeszkadza powstaniu ognisk zapalnych w płucach.

Autor tendencyjnie poleca leczenie błonicy metodą O'Dwyera w praktyce prywatnej, jako zabiegu łatwego, dającego się dokonać bez asysty, wykazującego bardzo dobre wyniki, przez co zapobiedz by można ciągłemu przewożeniu chorych takich do miast dużych, posiadających osobne ku temu celowi szpitale. (*Wiener medic. Wochenschrift Nra 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. — 1894*). *Dr. Komorowski.*

Bakteryologia.

J. de Haan i A. C. Huysse. **O ścinaniu się mleka pod wpływem bakteryj cholery.**

Sprawdzając podane przez Kocha i Hueppego obserwacye co do działania bakteryj cholery na mleko, doszli autorowie do zupełnie przeciwnych wniosków, ogłoszonych już poprzednio przez Nettera, a mianowicie, że laseczniki te sprawiają stale ścinanie się wyjałowionego mleka i wyraźnie kwaśne jego oddziaływanie w ciągu 2×24 godzin. Otrzymany tym sposobem sernik rozpuszczał się w alkaliach i po przesączeniu przez filtr asbestowy osadzał się za dodaniem kwasów. Okoliczność ta czyni nieprawdopodobnem przypuszczenie jakiegoś fermentu podpuszczkowego, wytwarzanego przez laseczniki choleryczne, ponieważ sernik, otrzymany tą drogą (t. z. ser Hammarstena) nie rozpuszcza się w alkaliach, lecz w kwasach.

Bulion, zawierający cukier mleczny i zalkalizowany za pomocą sody, po dodaniu laseczników cholery, oddziaływał również kwaśno po 48 godzinach. I bulion i serwatka z poprzednich doświadczeń — oddziaływając kwaśno — zawierały długi czas żywe prątki choleryczne.

Chcąc określić, co w danym przypadku jest przyczyną ścinania się mleka, przedsięwzięli autorowie cały szereg odpowiednich poszukiwań chemicznych. Z serwatki, przesączonej przez filtr Chamberlanda, otrzymali oni w końcu jakiś aldehid, który uważają za pochodny kwasu mlekowego, i jakieś ciało białkowate (enzym), nie działające wprawdzie na mleko, lecz peptonizujące żelatynę. Zdaniem tedy autorów ścinanie się mleka pod wpływem bakteryj cholery zależy prawdopodobnie nie od jakiegoś fermentu podpuszczkowego, wydzielanego przez te laseczniki, lecz od wolnego kwasu mlekowego, powstającego wskutek rozkładu cukru mlekowego. *Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. Tom XV. Nr. 8/9.* *Dr. Wacław Orłowski.*

Juliusz Schnitzler. **O znalezieniu jadowitych gronkowców w zamkniętem ognisku osteomyelitycznem, powstałem przed 35 laty.**

F. Z., gospodarz lat 42 liczący, został w siódmym roku życia uderzony drągiem w prawą dolną kończynę. W skutek tego przypadku rozwinęło się wkrótce miejscowe zapalenie szpiku kostnego prawej goleni, które, po otworzeniu się powstałego ropnia i wydzieleniu się sekwestrów, zakończyło się wyzdrowieniem. Pacyent czuł się zupełnie zdrowym aż do Sierpnia 1892 r. W tym czasie pojawiły się ciągłe bóle w prawej goleni, dreszcze a stopniowo i inne objawy ponowienia się przebytej przed 35 laty sprawy chorobowej. Cierpienie przybrało cechę przewlekłą i dopiero w Grudniu następnego roku chory zgodził się na operacyę, podczas której znaleziono w zgrubiałej kości goleniowej przestwór wielkości orzecha laskowego, szczelnie zewsząd zamknięty, zawierający tkankę ziarninową, trochę piasku kostnego i nieco ropy. Badanie bakteryologiczne otrzymanej treści wykazało jedynie gronkowiec złocisty, który zachował zupełną swą jadowitość. Podobne przypadki opisali Krause i Ressemann (recydywy nastąpiły po 30 latach), przyczem tylko Krause zbadał swój przypadek bakteryologicznie i znalazł gronkowiec złocisty. W ostatnich wreszcie czasach ogłosił Müller przypadek ropnia kości u 11-letniego chłopca; ropień ów trwał już 4 lata i zawdzięczał swe pochodzenie również gronkowcowi złocistemu. Na zasadzie swego przypadku sądzi Müller, że formy odnawiające się i przypadki zapalenia szpiku kostnego u osób dorosłych należy uważać za dzieło ukrytych pasorzytów, stale i nieznacznie działanie swe niszczące wywierających. Nie wszyscy jednak autorowie zgadzają się na takie objaśnienie, przypuszczając raczej w takich przypadkach reinfekcyę. Pośredniej drogi trzyma się Kraske. Sądzi on mianowicie, że w przeważnej liczbie przypadków t. zw. zapaleń szpiku kostnego powrotnych, tych osobliwie, które przebiegają nie bardzo burzliwie, jako zapalenia ograniczone, w których tworzą się nieznaczne sekwestry, lub typowe ropnie kostne, należy przypuszczać stałe zarodniki, wyczekujące tylko odpowiedniej chwili, by swe działanie niszczące nanowo rozpocząć; we wszystkich zaś piorunująco przebiegających przypadkach przypuszcza on raczej następową reinfekcyę.

Sądząc swój przypadek ze stanowiska przytoczonych hipotez, zadaje sobie autor dwa pytania: czy gronkowce mogą przebywać tak długi czas w ustroju człowieka w stanie,

dopuszczającym dalszy ich rozwój w okolicznościach sprzyjających i czy mogą one żyć wewnątrz tkanek ludzkich, nie sprawiając przytem żadnej klinicznie objawiającej się reakcyi? Przytaczając znane okoliczności o znajdowaniu wielu bakteryj chorobotwórczych na błonach śluzowych zdrowych ludzi a nawet koków ropnych na powierzchni ran, gojących się *per primam*, odpowiada autor na ostatnie pytanie potakująco. Ponieważ jednak bakterye ropne wewnątrz tkanki zdrowej, po zagojeniu się rany, utrzymują się tylko krótko, sądzi autor, że jedynie tylko w *martwych jamach*, powstających szczególnie w skutek zamknięcia się przetoki kostnej, mogą się znaleść okoliczności, odpowiadające raczej sztucznemu podłożu, a nie reagującej tkance zdrowej, okoliczności pozwalające nawet na dłuższe przebywanie tam bakteryj ropnych. Rozwijając swą myśl dalej i biorąc przykłady z opisanych przypadków Lewego i Müllera, dochodzi autor do przekonania, że okoliczności w podobnych jamach martwych, wypełnionych tylko ziarniną i nieznaczną ilością ropy, w jamach, do których jest ciągły dopływ substancyj odżywczych a prawdopodobnie i ciągłe wchłanianie lub przeróbka przez tkankę ziarninową produktów przemiany materyi, że okoliczności te dozwalają bakteryom bardzo długiego, bo nawet 35-letniego, jak w opisanym przypadku, wegetowania. Autor zbija następnie myśl Kraskego o możliwości reinfekcyi i przyjmuje, że raczej pewne urazy, małe krwotoki mogą wyprowadzić tkankę i zawarte w niej drobnoustroje z tej równowagi, w jakiej dotychczas przebywały. Ten sam skutek, w myśl doświadczeń Buchnera i Kleina, mogą wywrzeć również i pewne zboczenia przemiany materyi. *(Centralblatt f. Bakt. u. Paras. Bd. XV Nr. 8/9.* *Dr. Orłowski.*

Zapiski terapeutyczne.

O. Goldberg. Antyseptyka w położnictwie. (Na podstawie doświadczeń i spostrzeżeń w klinice położniczej drezdeńskiej). Nie ulega wątpliwości, że największe niebezpieczeństwo gorączki połogowej tkwi w zakażeniu z zewnątrz a najskuteczniejszym sposobem jej uniknienia: ograniczenie badania wewnętrznego do koniecznej tylko potrzeby, badanie z zachowaniem prawideł najściślejszej antyseptyki, jak najdokładniejsze oczyszczanie i desinfekcya części rodnych wewnętrznych i ich sąsiedztwa przed każdym rękoczynem — a zatem i badaniem wewnętrznem — i przed porodem.

Gdy z jednej strony Leopold i J. Veit są stanowczo zdania, że badanie zewnętrzne przy należytej wprawie i systematyczności poucza nas o bardzo wielu okolicznościach a często i o wszystkich szczegółach przebiegu porodu tak, że badanie wewnętrzne jest niepotrzebne albo nierzadko badanie raz lub dwa razy wystarcza zupełnie, oświadczono z drugiej strony, że w tem ograniczaniu badania wewnętrznego nie wolno znów iść za daleko, boby można przeoczyć nieraz bardzo ważne szczegóły, jak n. p. poprzedzanie pępowiny, rączki i t. p. i minąć się z czasem właściwym do dania pomocy.

Obecnie przyjmuje się, iż w przypadkach prawidłowych, stanowiących 94% całej liczby porodów, jedno lub dwa badania (pierwsze po przybyciu do rodzącej, drugie po pęknięciu pęcherza płodowego) zupełnie wystarczają. Dlatego słusznie bardzo wprawia się teraz położne (akuszerki) podczas nauki w badanie zewnętrzne a ograniczenie badania wewnętrznego, które, jeżeli go potrzeba tylko raz lub dwa razy, da się z łatwością wykonać według najściślejszych zasad aseptyki. I to uwzględnić wypada, że jeżeli badanie zewnętrzne jest dokładne, dla wewnętrznego nie pozostaje wiele a wtedy da się ono przeprowadzić rychło i delikatnie.

Oprócz zakażenia z zewnątrz i z wnętrza przez zmiany chorobowe w pobliżu macicy (jak ropień w jajniku, *parametritis* i t. p.) nie ulega wątpliwości, że zakażenie mogłoby nastąpić także i ze strony macicy i pochwy; oczywiście ma się tu na myśli jedynie przypadki porodów nie tylko prawidłowych, ale i porodów u osób nie cierpiących na żadne choroby ani ogólne ani miejscowe, bo co do tych wszystkich jednomyślne jest zdanie, że trzeba w nich postępować ściśle antyseptycznie.

W tej mierze zasługuje na uwagę, że w przeciągu ostatnich sześciu lat w klinice drezdeńskiej 3393 prawidłowo rodzących poddano desinfekcyi zewnętrznej (przez wypłukanie i lekkie wytarcie pochwy rozczynem sublimatu 1:4000) a 2014 takich samych rodzących wcale nie desinfekcyonowano. Z pierwszych zachorowało 1·26%, z drugich zaś 0·88, z tamtych umarło na zakażenie połogowe 0·2%, z tych zaś tylko 0·15%, z czegoby wypadało, że u rodzących prawidłowo desinfekcya pochwy nie tylko nie jest potrzebna, ale nawet szkodliwa.

Dlatego bardzo słusznem jest rozporządzenie ministerstwa saskiego, które położnym pozwala działać samodzielnie tylko w porodach zupełnie prawidłowych, zakazuje przepłukiwań pochwy a nakazuje przed każdem badaniem jak najstaranniejszą desinfekcyę rąk.

Pod względem postępowania przeciwgnilnego w położnictwie nie ma jeszcze ogólnej zgody; najwięcej używa się we wszystkich przypadkach nieprawidłowych przepłukiwania pochwy, a jeżeli się da, i szyi macicznej raz, jeżeli zaś poród trwa długo i badano wewnętrznie nieraz, kilka razy jednym do dwóch litrów rozczynu sublimatu 1: 4000, przyczem palcem pociera się lekko. Po porodzie następuje desinfekcya całego przewodu rodnego 3% rozczynem kwasu karbolowego w ten sposób, iż naprzód przepłukuje się litrem tego płynu pochwę i szyję maciczną a następnie macicę jednym do dwóch litrów tego samego płynu.

Sublimat uchodzi za niebezpieczny dla jamy macicy; lizol nie ma stałego składu chemicznego, ale ma tę zaletę, że wygładza przewód rodny a przeto ułatwia całą sprawę porodową. Dlatego po przepłukaniu pochwy kwasem karbolowym dobrze jest przepłukać ją jeszcze lizolem, co tak ją wygładza, że i bez pomazania tłuszczem można rękę a w razie potrzeby i przedramię wprowadzić do wnętrza przewodu rodnego i dokonać w nim potrzebnych operacyj, jak n. p. obrotu, odklejenia łożyska i t. d.

Niebezpieczeństwo przestrzykiwań macicy kwasem karbolowym daje się bardzo znacznie zmniejszyć, jeżeli przed przestrzyknieniami lub podczas nich wywoła się mocne skurcze macicy przez masowanie lub gorące okłady, płyn wlewa pod małem (z wysokości 30 do 60 cm.) ciśnieniem, przez poruszanie rurki użytej do wstrzyknienia ułatwia odpływ płynu, płyn zaś zatrzymany wyciśnie.

Szczególnej ostrożności wymaga użycie środków przeciwgnilnych, osobliwie sublimatu u osób cierpiących na zapalenie nerek, gdyż one równie jak i te, które utraciły dużo krwi, są skłonniejsze do chorób zakaźnych. W drezdeńskiej klinice położniczej używa się w tych razach słabszych rozczynów desinfekcyjnych, jak 1 do 2% kwasu karbolowego, 10:1:1000 mięszaniny kwasów borowego i salicylowego; 1‰ nadmanganezanu potasowego albo nawet 3—5 litrów wody przegotowanej w celu tylko mechanicznego oddalenia zarodków chorobowych.

Przeciw krwotokom z gnuśności macicy używa się naprzód środków najprostszych, jak wypróżnienia cewnikiem pęcherza moczowego, masowania macicy, wilgotnych okładów bardzo gorących na dolną część brzucha, często zmienianych. Jeżeli to wszystko nie wystarcza, można użyć z dobrym skutkiem 50% dodatku do płynów przestrzykujących czystego, przez gazę przefiltrowanego octu i nagłej zmiany temperatury płynów do przestrzyknienia użytych w ten sposób, iż po przestrzykaniu płynem o 40° R. używa się zaraz płynu jak najzimniejszego, do czegoby można użyć kawałków lodu, gdyby się miało pewność, iż lód ten jest zupełnie czysty, na co zwykle trudno rachować.

W każdym razie podczas tamowania takich niebezpiecznych krwotoków, jak wogóle w operacyach położniczych jest rzeczą nadzwyczaj ważną, by ręka operującego nie stykała się z przedmiotami i częściami ciała niedesynfekcyonowanemi. W tej mierze znakomite oddaje usługi ręcznik w go-

rącym $1^0/_{00}$ rozczynie sublimatu desinfekcyonowany i na brzuch rodzącej w jeden lub dwóch warstwach położony. Wtedy operujący może używać obydwóch rąk bez obawy o nowe ich zakażenie.

Rozumie się samo przez się, że zewnętrzne części płciowe rodzącej i ich sąsiedztwo należy przed operacyą oczyścić gruntownie przez namydlenie a następnie otarcie zapomocą waty lub płótna rozczynem gorącym $1^0/_{00}$ sublimatu.

W celu desinfekcyi należy ręce po należytem oczyszczeniu rowka poza paznogciami przez 5 minut czyścić mydłem w ciepłej wodzie a potem po spłukaniu mydła wycierać przez 3 minuty szczotką i rozczynem $1^0/_{00}$ sublimatu. Nacieranie tłuszczem jest wówczas zbyteczne.

Narzędzia do operacyi potrzebne muszą być oczywiście aseptyczne, co zrobić można albo w domu albo u położnicy, najlepiej przez wygotowanie tuż przed operacyą. W tym celu używa się w klinice położniczej drezdeńskiej osobnego armamentaryum (wyrabia je *W. Deicke Nachfolger, Dresden, Johannisstrasse*), złożonego z narzędzi opatrzonych rękojeściami metalowemi a obwiniętych w torby z grubego płótna, które mieszczą się razem w skrzynce blaszanej. Można je wyjaławiać albo na sucho albo na wilgotno przez gotowanie 8 do 10 minut nad jakimkolwiek płomieniem. Ażeby nie tracić czasu przez czekanie na wychłódnienie narzędzi, dobrze jest, by w skrzynce znajdywał się koszyk druciany a w nim dopiero mieściły narzędzia. Wody użytej do wygotowania narzędzi można oczywiście użyć do przestrzykiwań. Jeżeli nie ma czasu na gotowanie, należy narzędzia wymyć dobrze szczotką przy pomocy wody ciepłej a potem wytrzeć naprzód spirytusem, następnie zaś $5^0/_0$ rozczynem kwasu karbolowego.

Narzędzia nie dające się wyjałowić przez gorąco jak kolpeurynter, pęcherze Banesa i Tarniera należy oczyścić według przepisu podanego dla rąk operatora, następnie na kilka godzin włożyć do rozczynu $1^0/_{00}$ sublimatu i pokryć watą, potem przechowywać w $10^0/_0$ wacie salicylowej a przed samem użyciem desinfekcyonować według sposobu podanego powyżej dla rąk operatora. (*Therapeutische Mtshefte. Marzec 1894*).

— M. Cohn w Hamburgu zaleca na podstawie własnego, przeszło dwuletniego doświadczenia w więcej niż 100 przypadkach zadawanie wewnętrzne ichtyolu w gruźlicy, osobliwie u ludzi biednych, których nie można leczyć klimatycznie, dla których i kreozot nieraz zresztą psujący trawienie, jeżeli się go zadaje w dużych ilościach, jest za drogi. Przepis jest bardzo prosty:

43) Rp. *Ichthyoli*
Aquae destil.
$\widehat{aa}$ *20·00*

Z tego płynu zadaje z początku po 4 krople trzy razy dziennie i dochodzi, dając o kroplę dziennie więcej, do 40 kropel, również po trzy razy dziennie. Dzieciom od lat 5 do 12 zadaje połowę dawki dla dorosłych. Uważa za rzecz ważną, by chorzy zażywali te krople w kieliszku lub połowie szklanki wody. Najlepiej zażywać przed samem jedzeniem, popijając dla pokrycia złego smaku małą ilością czarnej kawy. Autor nie uważa, by ichtyol miał jaki wpływ swoisty na gruźlicę, lecz sądzi, że działa korzystnie na nią przez poprawienie znakomite odżywiania ustroju. Dlatego zachęca bardzo do prób z ichtyolem w gruźlicy. (*Deutsche med. Wochenschrift 5. Kwietnia 1894*).

— Do opatrywania wrzodu miękkiego zaleca G. Monroe:

44) Rp. *Camphorae pulveratae*
Plumbi acetici
$\widehat{aa}$ *4·00*
Amyli puri *30·00*
M. f. p.
DS. Zewnętrznie.

Proszkiem tym zasypuje się wrzód obficie po trzy razy dziennie a następnie pokrywa warstwą waty napojonej olejem rącznikowym (*oleum ricini*).

— Przeciwko bólom żołądkowym u dziewcząt w wieku pokwitania zaleca prof. Escherich w Gracu:

45) Rp. *Argenti nitrici* *0·10*
Aquae destil. *100·00*
Glycerini puri *10·00*
MDin vitro coeruleo.

S. Po dwie do trzech łyżeczek deserowych zażywać dziennie. (*La semaine médicale 4. Kwietnia 1894*).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Posiedzenie z dnia 14. Marca 1894.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 9.

1) Wobec tego, że jedna z mleczarń poleconych przez Towarzystwo lek. krak. utraciła to polecenie a w mieście czuć się daje potrzeba mleka, któreby czyniło zadość wymaganiom higienicznym i dawało bezwzględną rękojmię dobroci i zdrowotności, gdyż pozostałe dwie mleczarnie nie są w stanie uczynić zadość potrzebie, uchwalono już z góry zachęcić okolicznych właścicieli mleczarń do poddania swych produktów ścisłejszemu badaniu. Do komisyi nadeszło dotąd jedno zgłoszenie się. Ponieważ według opinii członka komisyi, prof. Walentowicza rasa krów i sposób ich żywienia jak niemniej urządzenie zakładu mlecznego odpowiadają w zupełności wszelkim wymaganiom, uchwalono mleko z tej mleczarni poddać badaniu chemicznemu.

2) Przyjęto do wiadomości dziesięć świadectw lekarskich i weterynarskich z mleczarni w Śledziejowicach i to za czas od 31. Października 1893. do 2. Marca 1894 r. Zarządowi mleczarni w Gnojniku uchwalono przypomnieć pilniejsze nadsyłanie świadectw o stanie zdrowia krów i służby stajennej. Uchwalono również, by świadectwa weterynarskie wystawiał zawodowy i egzaminowany weterynarz.

3) Panu Karolowi Bałłabanowi we Lwowie uchwalono donieść, że zakład higieniczny prof. Bujwida jest najodpowiedniejszym do ocenienia wartości zdrowotnej starki żytniej jego wyrobu. Starka ta, której rozbioru chemicznego dokonał prof. Radziszewski we Lwowie, „działać ma na ustrój ludzki tak samo jak prawdziwy koniak“.

4) Przyjęto do wiadomości, że p. Maryan Zahradnik w Złoczowie wydaje od połowy Stycznia b. r. dwutygodnik poświęcony sprawom zawodu aptekarskiego pod tytułem: *Kuryer aptekarski*.

5) Co do podniesionej na ostatniem posiedzeniu kwestyi rozszerzania wiadomości o przetworach leczniczych krajowych, przez Towarzystwo lekarskie krakowskie poleconych, pomiędzy lekarzami we wschodniej części kraju praktykującymi, to zgodzono się prawie w zupełności z wnioskami, jakie przedstawił komisyi jej delegat, Dr. Wachtel we Lwowie i uchwalono: *a*) przesłać Sekcyi lwowskiej Tow. lek. gal. wiadomość o celach i dotychczasowej czynności komisyi wraz ze spisem środków leczniczych, dyetetycznych i higienicznych przez Tow. lek. krak. poleconych i kopiami protokołów z posiedzeń komisyi, o ile są jeszcze w zapasie, *b*) przesyłać tejże Sekcyi odtąd odbitki z protokołu każdego posiedzenia, *c*) zachęcać odtąd wszystkich producentów, których wyroby Tow. lek. krak. poleci, ażeby ich okazy wraz z poleceniem przesyłali Sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich we Lwowie.

6) Po przekonaniu się o szybkiej rozpuszczalności i należytym sposobie wyrabiania perełek ocukrzonych z siarkanem atropiny sporządzanych przez aptekarza p. Sobierajskiego w Krakowie, uchwalono przedstawić je Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu do polecenia w dalszym ciągu podobnych perełek z innymi lekami, poprzednio już poleconymi. Każda perełka zawiera po $^1/_2$ miligrama siarkanu atropiny. Cena jest przystępna, gdyż flakonik zawierający 50 perełek kosztuje 50 ct. (Wniosek ten Towarzystwo lek. krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 21. Marca 1894 r.).

7) Przyjęto do wiadomości pismo p. dyrektora Seelinga, w którem donosi, że zaniechał wyrabiania nadal masła oczyszczonego, które badać miała komisya.

8) Do zestawienia spisu lekarzy Polaków praktykujących w zdrojowiskach i uzdrowiskach krajowych i zagranicznych zaproszono Dra Ludomiła Korczyńskiego jako sekretarza podkomisyi balneologicznej.

Sekretarz komisyi przemysłowo-lekarskiej:
Dr. Michał Śliwiński.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 12. Kwietnia 1894 r.

— Otrzymujemy następujące pismo:

VI. Zjazd chirurgów polskich, odbędzie się we Lwowie od 18. do 21. Lipca 1894. równocześnie z VII. Zjazdem lekarzy i przyrodników polskich, działając jako odrębna Sekcya chirurgiczna.

Jest wszelka nadzieja, że Zjazd powinien udać się świetnie, bo już nadchodzą liczne zgłoszenia się a Wystawa krajowa niemało przyczyni się do urozmaicenia i uprzyjemnienia gościom pobytu we Lwowie.

Upraszamy gorąco o wzięcie udziału w tym Zjeździe a zarazem o zapowiedzenie jak najwcześniejsze odczytu na ręce niżej podpisanego gospodarza Sekcyi chirurgicznej we Lwowie.

Chorych przeznaczonych do przedstawienia, przyjmie na ten czas oddział chirurgiczny szpitala powszechnego lwowskiego; również i prosektoryum będzie do dyspozycyi uczestników Zjazdu w razie potrzebnych demonstracyj.

Termin zapowiadania odczytów upływa z dniem 25. Czerwca 1894.

Prof. Dr. L. Rydygier,
Przewodniczący Zjazdów chirurgów polskich. Kraków.

Prymaryusz Dr. G. Ziembicki,
Gospodarz Sekcyi chirurgicznej. Lwów.

— **Komisya sanitarna krakowska** odbyła dnia 6. b. m. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, na którem po załatwieniu spraw bieżących uchwalono: 1) Na zdanie sprawy dyr. Dra S. Ponikły nie zgodzić się na zbudowanie rzeźni drobiu na miejscu, gdzie jest tymczasowa, tylko wskazać jako najodpowiedniejsze na ten cel miejsce grunt za wałem kolejowym przy cmentarzu izraelickim. 2) Na zdanie sprawy prof. Dra Łazarskiego udzielić kasie chorych robotników pozwolenia na utrzymanie ambulatoryum w dotychczasowem miejscu a odmówić pozwolenia na urządzenie apteki domowej w myśl obowiązujących przepisów. 3) Na zdanie sprawy r. m. prof. Dra Pareńskiego utrzymać w mocy rozporządzenie tyczące się odwietrzania starych ubrań tandetnych.

— Ostatnie posiedzenie międzynarodowego kongresu lekarskiego odbyło się stosownie do programu dnia 5 b. m. Prezes kongresu, minister prof. Baccelli, żegnając przybyłych, podziękował im imieniem Włoch za udział w zjeździe i zaproponował, by następny kongres odbyć w Cesarstwie rosyjskiem, zostawiając rządowi jego oznaczenie miasta. Prof. Danilewski oświadczył imieniem rządu rosyjskiego, iż propozycyę tę przyjmuje, poczem wniosek Baccellego uchwalono. W końcu zabrali głos po kolei przedstawiciele komitetów zagranicznych i podziękowali Obojgu Królestwu i rządowi Włoskiemu za gościnność. Na tem zakończono czynności kongresu.

— Prof. Gwidon Baccelli, prezydent co właśnie odbytego międzynarodowego kongresu lekarskiego w Rzymie, jest niewątpliwie jednym z najznakomitszych lekarzy włoskich. Urodzony w r. 1832. jest od r. 1870. profesorem kliniki lekarskiej w uniwersytecie rzymskim. Prace jego o chorobach serca, o leczeniu tętniaków aorty, o malaryi, o przechodzeniu drgań przez wysięki w opłucny, są znane całemu światu lekarskiemu.

Prof. Baccelli jest jednym z najwybitniejszych członków parlamentu włoskiego, był po raz pierwszy od r. 1881. do 1884. włoskim ministrem oświaty a jest nim obecnie po raz wtóry i na tem stanowisku położył niemałe dla Włoch zasługi przez podniesienie poziomu szkół elementarnych i wykształcenia uniwersyteckiego. Uniwersytet rzymski zawdzięcza jemu olbrzymi zakład, poliklinika zwany a zaopatrzony we wszystko, czego wymaga obecny stan nauki lekarskiej. Prof. Baccelli włada podobnie, jak wielce zasłużony były profesor anatomii w Wiedniu Hyrtl, znakomicie językiem łacińskim a pamiętnem jest wrażenie, jakie przez to wywołał na kongresie w Berlinie.

— Myśl kongresów międzynarodowych lekarskich wyszła pierwotnie z Francyi a mianowicie od Towarzystwa francuskiego popierania nauk, które postarało się, iż podczas wystawy paryskiej w r. 1867. odbył się pierwszy kongres pod przewodnictwem prof. Bouillauda. W kongresie tym wzięło udział 500 lekarzy niefrancuskich i na nim postanowiono na wniosek Dra Pantaleoniego odbywać peryodycznie w innych miastach podobne zjazdy międzynarodowe.

Drugi kongres odbył się w r. 1869. pod przewodnictwem Dra Salwatora Renziego we Florencyi z udziałem bardzo słabym, bo obejmującym mało co nad 100 lekarzy zagranicznych.

W r. 1873. podczas wystawy powszechnej odbył się w Wiedniu pod przewodnictwem mistrza w anatomii patologicznej. profesora Rokitańskiego trzeci kongres, który zajmował się między innemi i wieloma sprawami z zakresu higieny, jak zapobieganiem cholerze, szczepienia ospy ochronnej Na tym to kongresie uchwalono, iż językami urzędowemi kongresu będą odtąd języki: angielski, francuski i niemiecki.

Czwarty kongres odbył się w r. 1875. w Brukselli pod przewodnictwem Vlemingkxa. Prezydentami honorowymi byli ze strony Francyi: Bouillaud, Jaccoud, Larrey i Verneuil, ze strony Anglii: Bowmann, ze strony Niemiec: Langenbeck i Graefe, ze strony Austryi: Sigmund i Hebra. Na tym kongresie zajmowano się między innemi cholerą, chirurgią antyseptyczną.

Piąty kongres odbył się w Genewie pod przewodnictwem Karola Vogta a wzięły w nim udział urzędownie Anglia, Austrya, Niemcy, Francya, Belgia, Włochy, Stany Zjednoczone Ameryki Północnej, Szwajcarya, Holandya, Szwecya i Egipt. Było na nim 6 sekcyj: medycyny wewnętrznej, chirurgii, ginekologii z położnictwem, higieny publicznej, biologii i oftalmologii z otologią.

Szósty kongres odbył się w Amsterdamie a przewodniczył mu profesor Donders. Na kongresie tym zrobiono wielką owacyą słynnemu Listerowi, twórcy chirurgii antyseptycznej. Sekcyj było już 9 przez utworzenie nowych: psychiatrycznej i farmakologicznej tudzież oddzielenie otologii od oftalmologii.

Ósmy kongres odbył się w r. 1881 w Londynie pod przewodnictwem Pageta; liczba członków jego dosięgła 3000. Było na nim sekcyj 16. Na zjeździe tym oddał pamięci Jennera hołd Pasteur, którego znów uczczono wielką owacyą.

Ósmy kongres odbył się w Kopenhadze a przewodniczył mu słynny Panum; brało w nim udział koło 1700 lekarzy.

Dziewiąty kongres odbyty w Waschingtonie w r. 1887 nie miał powodzenia.

Dziesiąty kongres odbyty w Berlinie w roku 1890 przy udziale niezwykłej, bo prawie 6000 lekarzy obejmującej liczby i 31 państw, reprezentowanych przez osobne delegacye, miał 18 sekcyj a pamiętny jest z przemówienia Kocha, który w tajemniczy nieco sposób dał do zrozumienia, iż jest na drodze znalezienia środka przeciw gruźlicy.

— Dotąd leczono w krakowskim szpitalu św. Łazarza dwunastu chorych, pokąsanych przez psa wściekłego, z różnych okolic kraju sposobem ochronnym Pasteura. Z tych pochodziło 2 z Głogowa (powiat Rzeszowski), 1 z Król. polskiego (gub. Kielecka), 1 ze Stryja, 1 z Radomyśla (pow. Mielecki), 1 z Zielonek (pow. Krakowski), 4 z powiatu Przemyskiego a 2 z Grzymałowa (pow. Skałacki). Leczeniem zajmuje się prof. Dr. Bujwid i jego asystent. U sześciu chorych leczenie ukończono. We wszystkich przypadkach żąda się urzędowego potwierdzenia wścieklizny psa.

— W instytucie Pasteurowskim w Paryżu poddano w 1893 r. 1648 osób szczepieniu ochronnemu przeciw wściekliźnie; z nich umarło 4 prócz dwóch, u których pierwsze przypady wścieklizny ukazały się w czasie krótszym, niż 15 dni po ostatnim szczepieniu. Odpowiada to śmiertelności 0·24%. Między szczepionymi było 1470 Francuzów a 178 cudzoziemców: 43 Hiszpanów, 35 Greków, 23 Anglików, 22 Belgów, 18 Egipcyan, 18 poddanych angielskich z Indyj Wschodnich, po 9 Szwajcarów i Holendrów i 6 Portugalczyków.

Od zaprowadzenia szczepienia ochronnego poddano mu ogółem 14430 osób, z których 72 umarło. Pokąsanych było 1213 w głowę, 8032 w ręce i 5186 w inne części ciała. Najwięcej umarło z pomiędzy pokąsanych w głowę, bo 16 na 1213 czyli 1·32%, gdy śmiertelność dla wszystkich wyniosła według dat co przywiedzionych tylko 0·5%.

— Temi dniami odbyło się walne zgromadzenie ogólnego stowarzyszenia lekarzy francuskich, liczącego teraz 8000 członków, rozdzielonych na 98 towarzystw reprezentowanych w radzie jeneralnej, mającej w Paryżu swą siedzibę. Jakkolwiek składka roczna wynosi od członka tylko po 12 franków, wypłaciło stowarzyszenie dotychczas więcej niż 100.000 franków swym członkom niezdolnym do pracy i wdowom lub sierotom po lekarzach.

Kapitał stowarzyszenia powstały z darów i legatów wynosi teraz prawie 3 miliony franków; z rent dożywotnich pobiera 78 osób po 600 franków i 10 osób po 800 franków.

— Do konserwacyi mleka służą, jak wiadomo, pasteryzacya, wyjaławianie przez ogrzanie, zgęszczenie i zamrożenie. A. Villon podaje teraz nowy sposób przechowywania mleka za pomocą tlenu albo szczerego albo zmięszanego z kwasem węglowym, wprowadzonego pod znacznem ciśnieniem. W tym celu mleko zaraz podczas dojenia wpuszcza się do zamkniętych naczyń i w nich zgęszcza tlen w celu zniszczenia zakisów. Następnie przelewa się je do naczyń metalowych 100 litrowych pod ciśnieniem 2 atmosfer. Mleko w ten sposób traktowane ma trzymać się całemi miesiącami w najrozmaitszych temperaturach i odbywać dalekie podróże bez żadnej zmiany. W razie potrzeby obniża się ciśnienie w naczyniu i wypuszcza mleko tak, jakby było świeżo wydojone.

— Do egzaminu na lekarzy rządowych czyli fizyków we Węgrzech będą odtąd dopuszczani lekarze tylko z dyplomami albo węgierskiemi albo austryackiemi wydanemi przed 1. Listopada 1893.

— Konsumcya piwa w Niemczech wzmogła się znowu w roku 1892/3 i wyniosła ogółem 5.456.000.000 litrów t. j. średnio na głowę 107·8 litrów, z czego na Bawaryą przypada po 227·7 litrów również na głowę. Zasługuje przytem na uwagę, iż mimo tego zwiększania się konsumcyi, zmniejsza się liczba browarów, t. j. browary mniejsze giną w walce konkurencyjnej z większemi. Gdy w roku 1873 było 4943 browarów po miastach a 9445 na wsiach, było w roku 1893 tamtych 4022 a tych zaledwie 4996. Opłaty konsumcyjne i celne od tego piwa wyniosły 80.833.800 marek, co wynosi na głowę w całem państwie niemieckiem 1·60 a w samej Bawaryi 5·72 marek.

— W 15 większych miastach szwajcarskich zmarło w r. 1892 osób 6596 w wieku nad 20 lat; między nimi 427 z nadużycia alkoholu, co stanowi 6·5%, z czego przypada 10·8% na mężczyzn a około 2% na kobiety. Z 361 mężczyzn zmarłych skutkiem pijaństwa przypada na lata życia od 20 do 39 lat 22.7%, od 40 do 59 lat 55·7%, nad lat 60 żyło 21·6%; potwierdza się przeto dawne doświadczenie, iż pijacy umierają najczęściej między 40. a 60. rokiem życia.

— W warszawskim szpitalu dla dzieci fundacyi Bersohnów i Baumanów pozostało z r. 1892. chorych 35, przyjęto w r. 1893. dzieci chorych 584, razem było w leczeniu przeło 619, z których wyszło 518, zmarło 76, zostało na rok bieżący 25.

Ogółem przepędziły dzieci w szpitalu 11200 dni. Średni czas pobytu chorego w szpitalu 18 dni. Procent śmiertelności wyniósł 12·2.

W ambulatoryum szpitala udzielono porady dzieciom i dorosłym razem 30887 osobom. Zaszczepiono ospę ochronną 653 dzieciom. Koszt dzienny utrzymania w szpitalu wyniósł dla dziecka w kopiejkach na żywność 10.0, na lekarstwa i opatrunki 7.7, na inne potrzeby 47.3 czyli razem 65.0 kopiejek.

— W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej wychodzi obecnie 234 dzienników lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 18. Kwietnia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium novum* (sala Śniadeckich) posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. prof. Cybulski okaże i objaśni przyrząd własnego pomysłu; 2) kol prof. Korczyński Ed. przedstawi kilka rzadszych przypadków chorobowych; 3) kol. Korczyński Ludomił poda: Przyczynek do etyologii wad sercowych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się list otwarty Zarządu zdrojowego w Szczawnicy.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.